

DEFINICIÓN DE LAS PRESTACIONES: DEL CATÁLOGO A LA ORDENACIÓN

Javier Elola Somoza

Ministerio de Sanidad y Consumo / Johns Hopkins University

Resumen

La propuesta de elaboración de un "catálogo" de prestaciones del Sistema Nacional de Salud pone de relieve algunos problemas, políticos y técnicos, relacionados con su puesta en práctica. En este trabajo se examinan seis de estos elementos que se consideran relevantes para el desarrollo de esta estrategia: el instrumento para llevar a cabo esta definición, el gasto sanitario, la eficiencia del sistema, el acceso a los servicios, la calidad de los servicios y el proceso de toma de decisiones para la definición de las prestaciones. Se concluye que un sistema de ordenación simple, evitando el establecimiento de un catálogo detallado, se adapta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: Prestaciones. Sistema Nacional de salud. Evaluación tecnológica.

DEFINITION OF BENEFITS: FROM THE BENEFIT PACKAGE TO THE SUPPLY OF SERVICES

Summary

The definition of a "benefit package" of services covered by the National Health System of Spain -NHSS- raises technical and political problems. This article examines six relevant issues related with the implementation of this strategy: the instrument to define the services covered by the public system; health care expenditures; access to the services; quality; and the decision making-process. The definition of a comprehensive package of -broadly defined- services covered by the NHSS seems to be the most appropriate strategy, instead of a very detailed "catalog" of medical practices.

Key words: Benefit package. Spain's National Health System. Evaluation of technology.

Si Dios, en su infinita sabiduría, me hubiera consultado antes de embarcarse en su creación del mundo, yo le hubiera sugerido algo más sencillo (Alfonso X el Sabio, citado por Chelimsky).

La necesidad, expresada por la Ministra de Sanidad y Consumo del Gobierno Español (Comparecencia ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso, 30 de septiembre 1993), de ordenar las prestaciones financiadas por el sistema de cobertura pública, puede ser escasamente discutida si se acepta que los recursos disponibles deben dirigirse hacia aquellos servicios más eficaces. Desde posiciones conservadoras, como la de Califano², hasta los progresistas defensores del "single payer" en los Estados Unidos, aceptan que todos los sistemas racionan los servicios, el problema es cómo y cuándo³.

El racionamiento vía precio -por ej.: EE.UU-, no es admisible desde una perspectiva igualitarista (solidaria), compartida en general por los países europeos occidentales, los cuales deben buscar mecanismos de racionamiento no basados en la capacidad adquisitiva del individuo para acceder al servicio, pero que tengan en cuenta el coste de los servicios.

Muchos profesionales dedicados a la asistencia, los cuales guían su conducta por el código hipocrático, han puesto de relieve el problema ético de que los costes influyan sobre las decisiones clínicas. Frente a este dilema, A. Williams opone la falta de ética que supone ignorar las adversas consecuencias que sobre otros supone las decisiones que uno hace⁴.

Los problemas que aparecen en el horizonte para llevar el principio de definición de las prestaciones desde su fundamentación teórica hasta su

Correspondencia: Javier Elola. 625 N Broadway, Room 455. Baltimore, MD 21205.

Este artículo fue recibido el 8 de julio de 1994 y fue aceptado, tras revisión, el 13 de enero de 1995.

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por la ayuda 94/5058 del Fondo de Investigaciones Sanitarias.

aplicación práctica son formidables. Estos problemas pueden ser utilizados para justificar una actitud conservadora, abandonando la tarea política de definir las prestaciones, lo que no supone que el problema desaparezca, sino delegar la responsabilidad del racionamiento en el "mercado" existente, supliendo la industrial del sector y/o los proveedores de los servicios la ausencia de toma de decisiones políticas.

Los problemas relacionados con la aplicación práctica del principio de definición de las prestaciones pueden agruparse en seis apartados:

1. El mecanismo principal de definición (catálogo *versus* ordenación).
2. Los costes de la sanidad (el volumen del gasto sanitario).
3. La eficiencia del sistema (relación entre costes y servicios efectivos producidos).
4. El acceso a los servicios.
5. La calidad de los servicios.
6. El proceso de toma de decisiones.

El mecanismo de definición

El mecanismo de definición de las prestaciones, es decir la decisión sobre el acceso y niveles de asistencia, está íntimamente vinculado al modelo de sistema sanitario⁵. En los EEUU, un sistema basado principalmente sobre las compañías privadas de seguro, las propuestas de reforma que persiguen la creación de un sistema de cobertura universal especifican un paquete mínimo de servicios. La conclusión básica del trabajo de Grogan⁵ es que los sistemas de cobertura universal regulan el acceso mediante la oferta de servicios, convirtiendo el racionamiento de los servicios en un problema de distribución de recursos^{6,8}. En el mismo sentido, Klein⁶ considera que la opción más "racional" es difuminar el proceso de toma de decisión entre médicos y gestores, más que centralizar las decisiones sobre el racionamiento.

Los problemas vinculados a la distribución de recursos, incluidas las fórmulas, ponen de manifiesto múltiples problemas^{7,8}, por lo que posiblemente sea mejor seguir la vía de la simplicidad y basarse, para grandes poblaciones, sobre los clásicos criterios de edad y número de personas⁹. Nieto y cols.¹⁰ consideran que un sistema de distribución capitativo simple satisface suficientemente el principio de equidad mantenido en la Ley General de Sanidad. El problema de distribución de recursos tiene, para el Ministerio de Sanidad y Consumo, especial relevancia de cara a los criterios de reparto entre Comunidades Autó-

nomas^{11,12}, y probablemente deba ser abordado de forma simultánea al establecimiento de un sistema definitivo de financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El esquema propuesto por Grogan está cambiando. El establecimiento de fórmulas de contrato entre financiadores y proveedores de los servicios en los sistemas universales de cobertura¹³ la necesidad de optar explícitamente entre alternativas¹⁴ e incluso las reclamaciones de los usuarios ante los tribunales de justicia, están obligando a los sistemas universales a definir de forma más detallada las prestaciones cubiertas por el sistema.

La especificación de los servicios "comprados" por el financiador es una forma de definir las prestaciones cubiertas^{15,16}. Estas fórmulas, generalmente basadas sobre contratos "en bloque" -en los que generalmente se detalla la cartera de servicios- y con un enfoque dirigido hacia la cobertura de necesidades de salud, probablemente no sólo se adapta mejor al esquema de funcionamiento de Servicio Nacional de Salud, sino que supone una aproximación más sencilla al problema que tratar de determinar el catálogo de los procedimientos que son atendidos dentro del sistema. Un catálogo de procedimientos se podría construir basándose en los sistemas de pago por acto, característicos de los sistemas de seguros; de la complejidad de los sistemas inspirados en un catálogo de procedimientos pueden dar idea las siguientes cifras¹⁷: 450 categorías de procedimientos agudos en los GDR; el nomenclator de servicios ambulatorios en Alemania, EEUU, Francia o Japón tiene el tamaño de una guía de teléfonos; las listas de especialidades médicas reembolsables a través de un esquema de seguros pueden tener entre 2.500 y 50.000 entradas (dependiendo de la liberalidad o no de admitir nuevos medicamentos que no ofrecen ventajas terapéuticas sobre los anteriores).

Parece que, en este caso, conviene también aplicar el criterio de simplicidad. Nótese que la alternativa de definir las prestaciones desde la oferta de servicios (ordenación), posibilita especificar cuanto se desee los servicios cubiertos, siendo más flexible que la definición de un catálogo (lista) de prestaciones o procedimientos cubiertos (p. ej.: lista positiva de medicamentos).

En resumen, para un esquema de Servicio Nacional de Salud como el español, las *ventajas* que tiene desarrollar un mecanismo de *ordenación de las prestaciones desde la oferta* (especificación -más o menos agregada- de los servicios cubiertos), son a) está más dirigido hacia la cobertura de necesidades de salud; b) no se vincula a sistemas de pago por acto; c) acarrea menores costes administrativos que

la elaboración y gestión del catálogo de prestaciones; y d) tiene una mayor flexibilidad (permite especificar más exhaustivamente aquellos servicios o prestaciones que se desee).

El volumen del gasto sanitario

La oferta de servicios está estrechamente (aunque no exclusivamente) vinculada a la cantidad de recursos que se pueden derivar al sistema sanitario. Por ello, cualquier intento de definición explícita de las prestaciones, aun desde la oferta de servicios, se acompaña de un debate sobre lo apropiado no de la dimensión del gasto sanitario.

En 1990, la participación del gasto sanitario público sobre el PIB (5,44%)¹⁸ estaba muy cercana a la media de los países de la Comunidad Europea (5,6%), siendo mayor que la del resto de los países con esquemas de Servicio Nacional de Salud (Dinamarca, Reino Unido: 5,2%) con la excepción de Italia (6,3%) país en el que existían -como en España- notables diferencias entre presupuesto y gasto. Estos datos señalan que, con independencia de que se pueda hacer un esfuerzo de aumento del gasto sanitario público (difícilmente compatible con los escenarios del Programa de Convergencia)¹⁹, el gasto sanitario público español es, en términos relativos, comparable al de los países comunitarios. La definición explícita de los servicios cubiertos ante unos recursos limitados y difícilmente ampliables puede ser una alternativa razonable para aumentar la eficiencia y equidad del sistema.

La eficiencia del sistema

Los recursos derivados a un sistema sanitario pueden ser adecuados, o incluso superiores -por comparación- a los que le corresponderían por el nivel de riqueza de un determinado país y, sin embargo, no traducirse suficientemente en la producción de servicios eficaces. Esta ineficiencia del sistema puede ser debida principalmente a causas estructurales y/o por una inadecuada selección de la tecnología que utiliza; nuevamente, este esquema simplifica una compleja realidad en la que estructura y selección de la tecnología están estrechamente relacionadas. No obstante, este apartado se centrará sobre los aspectos estructurales, dejando para el dedicado a la calidad los relativos a la selección de la tecnología apropiada.

El sistema sanitario de los Estados Unidos es un extraño dentro de los países de la OCDE¹⁶, debido a su gasto elevado y relativamente pobres indicadores sanitarios. La General Accounting Office de los Estados Unidos estimó que adoptar un sistema sanitario como el canadiense podría ahorrar en burocracia 67.000 millones de dólares²⁰. Una modificación estructural representa, en este caso, liberar cuantiosos recursos que pueden traducirse en importantes mejoras en los niveles de salud y bienestar de la población. Por ello, afirma Brown, en el debate sobre la selección de los servicios básicos en Oregón, que "los políticos americanos no se han ganado el derecho a racionar la asistencia sanitaria"²¹.

El SNS mantiene un gasto relativamente bajo (sobre todo si se estima en poderes paritarios de compra), con unos indicadores -negativos- de salud similares a los de la media de la Comunidad Europea (aunque inferiores si no se toman en cuenta los datos de Grecia y Portugal). La eficiencia del sistema, así medida (indicadores similares y gasto más bajo que la media comunitaria) podría legitimar un proceso de definición explícita de prestaciones, como mecanismo para aumentar la eficiencia de los recursos empleados por el sistema. No obstante, la estructura del SNS, de carácter burocrático-administrativo, y su funcionamiento corporativo, generan ineficiencias que se traducen en menores servicios efectivos producidos que los que podrían obtenerse con una estructura y funcionamiento más adecuados²². El mantenimiento de estas ineficiencias puede deslegitimar un proceso, no ya de ordenación, sino de racionamiento de las prestaciones.

El acceso a los servicios

Un mecanismo de racionamiento de los servicios es el de la limitación selectiva de grupos de población al acceso a los servicios públicos. Si los recursos son escasos, puede presentarse como una alternativa razonable el dirigirlos hacia los grupos de población más vulnerables, que no pueden, por su inferior capacidad adquisitiva, asegurarse frente al riesgo de enfermedad.

El informe del Banco Mundial "Invertir en salud"²³, afirma: "La política de exigir, a quienes pueden hacerlo, que sufraguen la totalidad o una parte de sus gastos -sanitarios-, si bien puede sustentarse sobre razones de equidad, tiene también desventajas. Con frecuencia, los costes administrativos de orientar la atención de la salud a beneficiarios específicos son elevados, y la exclusión de los grupos de población ricos o de ingresos medios

puede llevar a una erosión del respaldo político a la adopción de un conjunto de servicios esenciales y a una reducción de la financiación y de la calidad de la asistencia".

Si la exclusión de colectivos con renta elevada no es la solución más apropiada, el problema consiste en encontrar un mix adecuado entre valores igualitaristas²⁴ de la sociedad y la restricción económica impuesta por la limitación de los recursos. De acuerdo con el análisis de la OCDE¹⁷, la tendencia en los países occidentales desarrollados ha sido la de cobertura prácticamente universal, con amplios paquetes de prestaciones, lo que la OCDE denomina, tomándolo de Reinhart, igualitarismo restringido. Este compromiso traslada el conflicto desde la exclusión de colectivos con rentas altas al debate sobre las prestaciones cubiertas mediante financiación pública, lo que posiblemente hace más transparente el análisis sobre el coste de incluir o excluir una determinada prestación. El igualitarismo restringido no elimina el debate entre ideologías solidarias (igualitaristas), que tenderán a favorecer prestaciones lo más amplias posibles, e individualistas, que tratarán de restringir lo más posible ese paquete. En este sentido, se puede calificar de ideología individualista la propuesta de la Comisión "Abril", de congelar las prestaciones cubiertas por el SNS a las existencias antes de la Ley General de Sanidad²⁵, así como la propuesta de Callahan: "los estándares sociales y económicos para la evaluación -de las aplicaciones clínicas- deben estar sesgados hacia la restricción"²⁶.

El acceso a los servicios también puede modularse mediante la introducción de sistemas de contribución del usuario en el momento de hacer uso. Sin embargo, este sistema no selecciona las prestaciones más adecuadas, puede generar más costes administrativos que recursos económicos, no racionaliza el consumo, cuando deprime la demanda discrimina en contra de los más necesitados, y cuando así lo hace puede comprometer servicios que afectan a la salud y esperanza de vida.

En resumen la definición de un amplio paquete de servicios financiados por el sistema público, parece la alternativa que mejor satisface el conflicto entre equidad y restricción económica. Esta alternativa no elimina el debate político, aunque posiblemente facilita la evaluación de los costes de las decisiones adoptadas. Finalmente, los mecanismos de racionamiento del acceso basados en la exclusión de colectivos de rentas elevadas o la introducción de sistemas de coste compartido, rompen el compromiso entre coste y equidad, en detrimento de esta última.

La calidad de los servicios

La aproximación tradicional al problema de la selección de las prestaciones (racionamiento) es que la priorización de los aspectos relativos al coste y acceso pueden comprometer la calidad de los servicios sanitarios¹. Por el contrario, el desarrollo de mecanismos explícitos de toma de decisión sobre las prestaciones que deben ser financiadas, basados en la evaluación de su coste/efectividad, puede poner de relieve uno de los aspectos más importantes de la medicina actual, como es la precariedad de los datos que sustentan la eficacia y seguridad de las tecnologías aplicadas en medicina²⁷⁻³⁰.

El hecho de que un escaso porcentaje de los procedimientos médicos estén basados sobre sólidas evidencias científicas lleva a R. Smith, editor del *British Medical Journal* a proponer una ética de la "ignorancia" que, en contraposición a la del progreso médico a ultranza, contribuya a evitar intervenciones innecesarias por parte de los médicos y demandas de procedimientos inútiles por los ciudadanos³¹.

Existe, pues, un camino común para reducir el gasto, posibilitar con ello un mayor acceso, y mejorar la calidad de las prestaciones, que es la de seleccionar aquellas que tengan mejor relación entre su coste/efectividad.

Los problemas políticos, económicos, éticos y metodológicos involucrados en la evaluación social de las tecnologías sanitarias, y la toma de decisiones sobre su financiación por el sistema público, son nuevamente en este caso, de notable envergadura^{4,14,32-38}. Si embargo, ni la magnitud de la tarea, ni el elevado nivel de incertidumbre, obvian el problema de seleccionar las demandas que se satisfacen con los recursos disponibles, ni pueden servir de justificación para delegar la responsabilidad en los proveedores o la industria del sector. En este sentido, la literatura citada sugiere algunas directrices generales. En primer lugar el análisis del coste/efectividad de las tecnologías sanitarias puede ser un instrumento útil para la toma de decisiones sobre selección de prestaciones. La decisión sobre la inclusión o no de una prestación no debe estar mecánicamente determinada por su evaluación económica (en la última propuesta de Oregón se dio un mayor peso a la asignación de rangos por los comisionados). Asimismo, la implicación de los profesionales dedicados a la asistencia es necesaria para introducir criterios de eficiencia económica en la toma de decisiones clínicas³⁹.

No obstante, es preciso recordar que el proceso mismo de toma de decisiones está políticamente condicionado; de aquí la crítica de Etzioni al proceso

iniciado en Oregón: "en una sociedad dominada por grupos de interés, el beneficio y la conducta monopolista de los proveedores, y con un creciente papel de las corporaciones pro-beneficio, el racionamiento puede tener muy distintas consecuencias que la noción de eficiencia"⁴⁰. Por tanto, en el proceso de definición de las prestaciones tiene un papel crítico para su legitimación no sólo los aspectos relativos al coste, eficiencia, acceso y calidad, abordados hasta el momento, sino también la transparencia en el proceso de toma de decisiones.

En resumen, un proceso explícito de definición de las prestaciones puede aumentar la calidad de los servicios, al seleccionar aquéllas seguras, eficaces y con mejor relación entre su coste y efectividad. La evaluación social de las tecnologías es un instrumento útil para su selección, pero no debe determinar mecánicamente la decisión. El proceso de toma de decisiones debe ser transparente e involucrar a todos los agentes interesados, en especial a los ciudadanos y profesionales asistenciales.

El proceso de toma de decisiones

Un aspecto relevante en la estrategia de los distintos países para la selección de las prestaciones financiadas con cargo a fondos públicos ha sido la de introducir dentro del sistema una agencia dedicada a la evaluación social de las tecnologías sanitarias. Por ejemplo, la OHTA (Office of health Technology Assessment) asesora a la Health Care Financing Administration sobre las prestaciones cubiertas por el Medicare^{41,42}, así como el SBU (acrónimo sueco del Swedish Council on Technology Assessment) en relación con el sistema sueco⁴³.

La incorporación de los profesionales al proceso de toma de decisiones sobre la incorporación y utilización de las tecnologías sanitarias tiene, al menos, dos dimensiones. Una, de participación institucionalizada, puede articularse a través de las agencias de evaluación tecnológica con la colaboración de las sociedades científicas. La segunda, de involucración personal, requiere un cambio de estructura del SNS que favorezca la vinculación de los profesionales a los objetivos del sistema²².

La participación de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones comparte, con los profesionales, las dos dimensiones: agregada e individual. En la dimensión agregada, la experiencia de Oregón se basó en encuestas de opinión para aproximarse a las preferencias colectivas de los ciudadanos⁴⁴; sin embargo, esta aproximación puede recoger una opinión escasamente sustentada, que puede modi-

ficarse tras una discusión informada; por ello, las experiencias de participación colectiva de la comunidad en los órganos colegiados de toma de decisiones en el Servicio de Salud de Quebec⁴⁵, pueden tener interés como instrumento de implicación comunitaria en la toma de decisiones.

La dimensión individual de la participación ciudadana en la selección de las prestaciones, como usuario, precisa que el SNS oriente sus servicios hacia las demandas de los usuarios, lo que es difícil alcanzar desde su actual estructura y mecanismo de funcionamiento²². Un aspecto relevante de esta estrategia es reducir el déficit de información del usuario, suministrando a los ciudadanos la información relevante sobre resultados y haciéndole partícipe más activo de la toma de decisiones clínicas, lo que puede reducir la demanda y realización de procedimientos innecesarios^{46,47}.

El proceso de toma de decisiones, que debe culminar en el estamento político, no se agota con la toma en consideración de la evaluación científico-técnica realizada por las agencias específicas y los profesionales, ni de las preferencias, agregadas e individuales, de los ciudadanos. La complejidad de los problemas involucrados, sus connotaciones éticas, así como sus repercusiones económicas y sociales, aconsejan que estas dimensiones sean tenidas en cuenta, por ejemplo, creando un órgano específico (Consejo de Salud Holandés, National Health Board, en la reforma de Clinton), o apoyándose en los órganos colegiados de asesoramiento de los que dispone el SNS (Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS -participación de organizaciones empresariales, sindicales y de usuarios-).

En resumen; dentro de la estrategia de definición de las prestaciones es aconsejable dotarse de una agencia de evaluación de las tecnologías sanitarias. También se debe facilitar la participación de los profesionales, de forma colectiva (papel activo de las sociedades científicas) e individual. Por otro lado, el conocimiento de las preferencias colectivas de los ciudadanos debe encarecer la participación de los usuarios en la toma de decisiones clínicas, facilitando la información disponible sobre resultados. Finalmente, el proceso de toma de decisiones debe tomar en consideración los aspectos éticos, económicos y sociales.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se han abordado algunos de los aspectos que parecen relevantes en

la estrategia de definir las prestaciones del sistema sanitario público. Las conclusiones más relevantes de este análisis se enumeran a continuación:

1. La ordenación de servicios desde la oferta, con una especificación -más o menos agregada- de los servicios cubiertos se adapta mejor a las características del SNS que la elaboración de un catálogo de prestaciones.
2. La legitimación de esta estrategia aumentaría si se abordaran las reformas necesarias para aumentar la eficiencia del SNS.
3. La definición de un amplio paquete de servicios financiados públicamente satisface mejor el conflicto entre equidad y restricción económica que las estrategias de privatización.
4. Un proceso de definición explícita de las prestaciones puede contribuir a aumentar la calidad de los servicios, a través de la evaluación social de las tecnologías y la incorporación de pacientes y profesionales en el proceso de toma de decisiones.

La estrategia elegida por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), basada en el establecimiento de un proceso explícito de toma de decisiones sobre la ordenación de prestaciones, en lugar de construir un detallado catálogo de prestaciones, es posiblemente la que mejor se adapta a las necesidades del SNS. El informe de la Asociación de Economía de la Salud

sobre la propuesta inicial de ordenación y catálogo de prestaciones sanitarias coincide, asimismo, sobre el carácter positivo de la propuesta. Por el contrario, la ausente vinculación de la ordenación de las prestaciones con el sistema de financiación, la indefinición de las responsabilidades que corresponden a las distintas administraciones sanitarias en este proceso y la inconcreción del proceso de evaluación tecnológica, son déficits del proyecto de Real Decreto elaborado por el MSC, que pueden reducir la eficacia de la norma. Asimismo, la creación de la Agencia de Evaluación Tecnológica supone un paso en la correcta dirección, pero su estructura administrativa puede constreñir notablemente su eficiencia.

Agradecimientos

Este trabajo se ha beneficiado de las aportaciones de los ponentes de la mesa sobre "Financiación y Prestaciones" de las XIV Jornadas de Economía de la Salud: Fernando Antónanzas, Beatriz González, Francisco Sevilla y Josep María Vía, y se basa en un informe elaborado para el Ministerio de Sanidad y Consumo, solicitado por José Conde y Alberto Infante. Las aportaciones críticas del anónimo revisor de *Gaceta Sanitaria* han contribuido a mejorar y hacer más claro este artículo. Asimismo, agradezco al Profesor Vicente Navarro sus valiosos comentarios.

Bibliografía

1. Chelmsky E. The political debate about health care: are we losing sight of quality? *Science* 1993; 262: 525-8.
2. Califano J. America's health care revolution. New York: Random House, 1986.
3. Marmor TR. Commentary on Canadian health insurance: lessons for the United States. *Int J Health Serv* 1993; 23: 45-62.
4. Williams A. Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *J Med Ethics* 1992; 18: 7-11.
5. Grogan CM. Deciding on access and levels of care: a comparison of Canada, Britain, Germany and the United States. *J Health Pol, Pol & Law* 1992; 17: 213-32.
6. Klein R. Can we restrict the health care menu? *Health Policy* 1994; 13: 84-100.
7. Sheldon TA, Smith GD, Bevan G. Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS. *BMJ* 1993; 305: 835-8.
8. Eyles J, Birch S. A population-based approach to health-care resource allocation and planning in Ontario: a link between policy goals and practice? *Can J Public Health* 1993; 84: 112-7.
9. Carr-Hill R, Sheldon T. Rationality and the use of formulae in the allocation of resources to health care. *J Public Health Med* 1992; 14: 117-26.
10. Nieto J, Cabasés JM, Carmona G. Equidad y eficiencia en la distribución territorial de recursos financieros para la sanidad en España. Análisis teórico y empírico. *Hacienda Pública Española, Monografías* 1993; 1: 109-25.
11. Sanfrutos N. La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones. *Gac Sanit* 1991; 26: 219-24.
12. López Casanovas G, Corona JF, Figueres J. *Estudio del sistema de financiación autonómico de la sanidad*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1992.
13. OECD. *The reforms of health care: a comparative analysis of seven countries*. Paris: OCDE, 1992.
14. Government Committee on Choices on Health Care. *Choices on health care*. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992.
15. Bratton E, Warner MM. La contratación de la asistencia sanitaria desde una perspectiva británica. En: Artundo C, Sakellariades C, Vuori H. *Reformas de los sistemas sanitarios en Europa*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
16. Contrato-Programa Ministerio de Sanidad y Consumo-Insalud para 1993 (mimeo).
17. OECD. *OECD health systems. Facts and trends*. Paris: OCDE, 1993.
18. Barea J. Cuentas satélites del gasto público en sanidad. Años 1988, 1989 y 1990. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, 1993 (mimeo).
19. Barea J, Gómez Círia A. Crecimiento del gasto público en sanidad en la década de los 80. *XIII Jornadas de Economía de la Salud*, Granada 2-4, junio 1993 (mimeo).
20. US General Accounting Office. *Canadian health insurance: lessons for the United States (GAO/HRD-91-90)*. Washington DC: US Government Printing Office, 1991.

21. Brown LD. The national politics of Oregon's rationing plan. *Health Aff* 1991; 10: 28-51.
22. Elola J. *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. Barcelona: Salud y Gestión, 1994.
23. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. *Invertir en salud*. Washington: Banco Mundial, 1993.
24. Donabedian A. Social responsibility for personal health services: an examination of basic values. *Inquiry* 1971; 8: 3-19.
25. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
26. Callahan J. Rationing medical progress. The way to affordable health care. *N Engl J Med* 1990; 322: 1810-3.
27. White KL. Evaluation and medicare. En: Cuiler AI, Horisberger B. *Economic and medical evaluation of health care technologies*. Berlin: Springer-Verlag, 1983.
28. Eddy M, Billing J. The quality of medical evidence: implications for quality of care. *Health Affairs* 1988; (1): 19-32.
29. McPherson K. International differences in medical care practices. En: OECD. *Health care systems in transition*. París: OCDE, 1990.
30. Brook RH. Testimony before the Committee on Ways and Means. U.S. House of Representatives. Washington DC, april 16, 1991 (mimeo).
31. Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics* 1992; 18: 117-8.
32. Eddy DM. What care is "essential"? What services are "basic"? *JAMA* 1991; 265: 782, 786-8.
33. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. The individual vs society. Resolving the conflict. *JAMA* 1991; 265: 2399-401, 2405-6.
34. Gafni A, Birch S. Guidelines for the adoption of new technologies: a prescription for uncontrolled growth in expenditure and how to avoid the problem. *Can Med Assoc J* 1993; 148: 913-7.
35. Laupacis A, Feeny D, Detsky AS y cols. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization?. Tentative guidelines for using clinical and economical evaluations. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 973-81.
36. Nord E. The relevance of health state after treatment in prioritising between different patients. *J Med Ethics* 1993; 19: 37-42.
37. Relman AS. Is rationing inevitable? *N Engl J Med* 1990; 332: 1809-10.
38. Veatch RM, Spicer CM. Medically futile care: the role of the physician in setting limits. *Am J Law & Med* 1992; 18: 15-36.
39. Rodriguez Artalejo F, Ortún V. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 385-8.
40. Etzioni A. Health care rationing: a critical evaluation. *Health Aff* 1991; 10: 88-95.
41. Dubinsky M, Ferguson JH. Analysis of the National Institutes of health Medicare coverage assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1990; 6: 480-8.
42. Herdman RC, Wagner JL, Wolfe L, Gluck ME, Brogan TW. Health technology and health reform. *Cancer Invest* 1993; 11: 337-44.
43. Reports from the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Critical analysis in medicine. *Int J Technol Assess Health Care* 1993; 9: 450-3.
44. Klevit HD, Bates AC, Castañares T, Kirk EP, Sipes-Metzler PR, Wopat R. Prioritization of health care services. A progress report by the Oregon Health Services Commission. *Archiv Int Med* 1991; 15: 912-6.
45. *Une réforme axée sur le citoyen*. Quebecq: Gouvernement du Quebecq, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1990.
46. Wennberg JE. Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing. *N Engl J Med* 1990; 323: 1202-4.
47. Dominighetti G. "L'empowerment" du consommateur dans le marché sanitaire: une stratégie indispensable. *Epistula* 1994; 9-10.

